

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

1960 THÈSE

N°

21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

M A Z E N C Bernard

né le 13 Juin 1930 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le:

1960

AU SUJET D'UNE FISTULISATION LARGE DE L'INTESTIN GRELE
AU COURS D'UNE ANNEXITE TUBERCULEUSE BILATÉRALE.

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

M A Z E N C Bernard

né le 13 Juin 1930 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le:

AU SUJET D'UNE FISTULISATION LARGE DE L'INTESTIN GRELE
AU COURS D'UNE ANNEXITE TUBERCULEUSE BILATERALE.



Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS.V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	St-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
	Baudelocque
	Port-Royal
	Tarnier
Cliniques obstétricales	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	LACOMME (M.)
	N
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LELONG (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GOSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	FEY (B.)
Embryologie	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	N
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	VERNE (J.)
	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N . . .
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { GABROL (G.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOUREH (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYQUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.)
Carcinologie { DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PERUGIAT (L.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RAGADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENQUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (G.)	
Neuro-chirurgie DAVID (M.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-BOZAT (J.)	
Ophthalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (Mlle A.), m. c. agz.
	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale	LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique . .	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)		
		Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	HAGDENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)		
	CONTE (M.)	Clinique psychiatrique . . .	BARUK (H.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires M^{me} CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

A mes beaux - parents

A ma femme

A ma fille

A mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0040

A Monsieur le Professeur FUNCK -- BRENTANO

Professeur de la Clinique Gynécologique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien à l'Hôpital Broca,

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Il m'a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la Présidence de
cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements et celle de mon
profond respect.

A Monsieur le Docteur DULAC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris

Chirurgien Chef de l'Hôpital de Saint-Cloud

qui nous a accueilli avec bienveillance dans son Service de Saint-Cloud
où il nous a permis de bénéficier de son brillant enseignement.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de
ses conseils,

qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnais-
sance et de notre respectueux attachement.

A Madame le Docteur SCHRAMMECK

Ancienne Externe en premier des Hôpitaux de Paris,

Gynécologue à l'Hôpital de Saint-Cloud

en reconnaissance de son excellent enseignement et de l'aide qu'elle
nous a apportée dans cette thèse.

A Monsieur le Docteur André TOUPET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Hommage de profond respect et de reconnaissance pour son enseignement

A notre Maître, le Docteur BERARD

Oto-Rhino, Laryngologiste des Hôpitaux
de Paris

Chef du service Oto-rhino-laryngologique de
l'hôpital Tenon.

Chevalier de la légion d'honneur

qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et de
notre très respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur ANDRE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la légion d'honneur

Hommage respectueux

A Monsieur le Docteur PINEL

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Après un enseignement fructueux à l'Hôpital Tenon il nous accueille dans son service de l'Hôpital Herold.

Nous l'assurons ici de notre sincère reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A Monsieur le Docteur GANDON

Assistant d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux
de Paris.

qui nous a toujours conseillé avec beaucoup de compréhension.

En hommage profondément respectueux et très reconnaissant.

A Monsieur le Docteur MAGNIEN

Ancien assistant O R L des Hôpitaux de Paris
toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur JOURDAN

nos sentiments respectueux.

Aux Docteurs COCHARD, POLLET, HERBOLD, HERBERT, GABOLY, DUBREUIL.

leurs conseils et leur sympathie nous sont très précieux.

qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueux attachement.

A tous mes compagnons d'étude.

INTRODUCTION

La localisation génitale du bacille de Koch chez la femme, suivant de près ou de loin la primo-infection, paie un lourd tribut à la tuberculose, se manifestant par une atteinte surtout péritonéale chez la jeune fille et plus spécialement annexielle chez la femme, nous avons pensé digne d'intérêt de contribuer à l'étude de la tuberculose génitale en relatant une observation personnelle de

Fistulisation du vrin au cours d'une annexite tuberculeuse bilatérale

après avoir rappelé successivement :

- l'historique
- l'étiopathogénie
- l'anatomie pathologique
- l'étude clinique
- les examens paracliniques
- le traitement
- le pronostic fonctionnel de la tuberculose génitale
- une étude des fistules tuberculeuses

nous exposerons notre observation que nous comparerons aux cas de fistules au cours d'annexites tuberculeuses, trouvés dans la littérature.

HISTORIQUE

Morgagni, en 1744, dans "De Rebus et Causis Morborum" publia la première observation de la tuberculose génitale. Il s'agissait d'une forme péritonéo-génitale chez une fille de 20 ans. Dans les archives générales de médecine, Senn et Reynaud publièrent en 1831 le second cas. Plus tard, Aran et Brouardel dans sa thèse de 1865 étudient les différents aspects macroscopiques et les variétés anatomo-pathologiques de la tuberculose annexielle.

Après la découverte du bacille de Koch, Rogar, Cornil, Termillon font des publications sur le traitement et l'anatomie pathologique, Cohein sur la pathogénie. Le premier, il émit l'hypothèse de la transmission sexuelle. Marie Gorovitz, dans sa thèse en 1901, donna le résultat des expérimentations sur la réceptivité des différents organes sexuels au B.K.

Jean-Louis Faure, Martin et Veit prirent une part active au Congrès International de Rome sur la tuberculose génitale féminine en 1901.

°
° °

Dans cette étude clinique, pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique, il faut citer les publications de :

- Lenormand, en 1909
- Delore, Chalier, en 1920
- Ricard, Comte, en 1925
- Daniel en 1932
- Brocq, Moulonguet et Gibert en 1933

qui firent une mise au point clinique et thérapeutique au 8ème Congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens.

M. et Mme Mathey, Cornet, Aimes en France, Kervac en Allemagne, introduisent l'héliothérapie et la roentgenthérapie dans le traitement des annexites tuberculeuses.

Vers la même époque, Schockaert et Scharman utilisent la biopsie de l'endomètre dans le diagnostic de la tuberculose tubaire.

Le 12ème Congrès de Gynécologie de Montpellier en mai 1943, consacré uniquement à la tuberculose génitale, permit de faire le point sur toutes les données : étiopathogéniques, cliniques, thérapeutiques, concernant la tuberculose annexielle.

Wood, au Congrès de Gynécologie de Paris, en 1951, apporta les notions actuelles sur cette localisation de la tuberculose.

La biopsie d'endomètre par aspiration, jointe au progrès de l'exploration radiologique, permet actuellement d'affirmer l'atteinte tuberculeuse de l'appareil génital de la femme dans un grand nombre de cas.

L'utilisation des antibiotiques chimiques et fungiques (streptomycine, P.A.S., Rimifen) et la corticothérapie a modifié entièrement la thérapeutique en matière de tuberculose génitale et ces dernières années ont vu s'amenuiser de plus en plus l'importance des anciennes thérapeutiques médicamenteuses, physiothérapiques et chirurgicales.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Il est généralement admis que l'infection tuberculeuse génitale est provoquée par le bacille de Koch humain. Cependant, le B.K. d'origine bovine peut être le point de départ des lésions utérines et annexielles quand le chancre d'inoculation débute au niveau du tractus digestif (Held)

Dans la plupart des cas, la lésion génitale est secondaire à une lésion primaire située dans un autre organe - les poumons, le péritoine - l'infection se propageant par voie sanguine, lymphatique, tubaire. C'est la voie sanguine qui est le plus souvent adoptée (Brocq, Moulonguet).

Les coïtis infectants si le partenaire est atteint d'une tuberculose testiculaire ou épidiidymaire sont rares et provoquent une tuberculose du col ou de l'endomètre, avant de se généraliser aux annexes.

Le contact infectant par du linge sale chez les toutes petites filles est tout à fait exceptionnel.

La localisation génitale de la tuberculose relève d'un grand nombre de facteurs. Il est certain que l'ère, le sexe, les antécédents constituent un terrain sur lequel le B.K. pourra se développer. Comme la lésion génitale fait suite à la localisation antérieure de la tuberculose, on la verra apparaître après l'âge moyen de la primo-infection.

D'après les statistiques françaises de P. Nobécourt, J.F. Briska en 1954 :

22,9 % des enfants de 3 ans réagissent à la tuberculine.

Le pourcentage monte rapidement avec l'âge et est de :

60 % à 10 ans

62 % à 12 ans

75 % à 15 ans

d'après les statistiques de : Mantoux

Marfan, Brunet

R. Dobré

En Belgique et dans la plupart des autres pays d'Europe, les résultats des épreuves tuberculiniques sont comparables à celles de la France - les filles étant en général plus souvent atteintes que les garçons (Nobécourt, D.J. Dons, Hoyd).

La puberté chez les filles est donc un âge critique et l'on comprend que la congestion menstruelle favorise une réceptivité particulière pour le développement du B.K. En effet, on ne trouve de lésions annexielles qu'entre 14 et 40 ans en moyenne, c'est-à-dire en pleine période d'activité génitale et sexuelle.

Certaines lésions latentes depuis l'adolescence peuvent se révéler à la suite des premiers rapports sexuels, du premier accouchement, de manœuvres gynécologiques telles que : curettage, insuflation tubaire, hystéro-salpingographie.

Les influences morbides, les maladies infectieuses, la carence alimentaire, le surmenage, comme pour toute tuberculose, peuvent favoriser le développement de la tuberculose génitale.

Fréquence

Brouardel en 1865 et beaucoup de ceux qui vinrent après lui, ont longtemps considéré la localisation génitale de la tuberculose comme tout à fait exceptionnelle. Elle ne dépassait pas 2 à 3% du pourcentage des salpingites. Avec les moyens actuels de dépistage, on peut dire sans exagérer que :

- 10 % des salpingites opérées sont tuberculeuses (d'après Delore et Chalier, Lenormand et Forgue)
- 18 % d'après Turner, Beryea
- 8 % d'après Brocq, Moulonguet, Gibert.

Si l'on considère qu'il y a beaucoup de formes latentes qui échappent au diagnostic, le chiffre moyen de 13% est bien près de la réalité.

Les formes associées à la tuberculose pulmonaire évolutive sont peu fréquentes classiquement. Cependant, il est fort possible que nombre de cas passent inaperçus dans les sanatoria où l'on est surtout préoccupé par les lésions pulmonaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect actuel de la pathologie tuberculeuse de l'utérus et de ses annexes peut se concevoir de la façon suivante :

- 1°) Les "grosses" lésions des trompes sont parfaitement connues depuis longtemps ; par contre, les investigations paracliniques permettent, dans un certain nombre de cas, de porter le diagnostic, sinon certain, du moins probable, d'atteinte tuberculeuse de la muqueuse tubaire.
- 2°) Les atteintes des ovaires demeurent rarissimes ; lorsqu'elles existent, elles sont toujours intriquées avec des localisations ; jamais elles ne sont primitives (tandis que, bien souvent, d'énormes salpingites casaeuses coexistent avec des ovaires histologiquement intacts).
- 3°) La pathologie de l'utérus comporte, d'une part, quelques faits exceptionnels de caséification, et d'autre part, des faits très nombreux de tuberculose folliculaire que la pratique des prélèvements à la mode de Novak, a permis d'étudier avec déjà un recul suffisant.
- 4°) Des localisations cervicales demeurent, jusqu'à nouvel ordre, de simples curiosités. Nous les étudierons rapidement.

I.- Ovaires

1°) La présence des nodules caséux évoluant vers la confluence et aboutissant à l'abcès froid ovarien est une notion classique : Albertin (1900), Lenormand et Boulouquet (1920) ; ces lésions sont d'ordinaire bilatérales, elles coexistent toujours avec une salpingite bilatérale. L'erreur au microscope consiste à ignorer les gommes, en prenant les grandes cellules épithélioïdes disposées en palissade pour des cellules lutéiniques. C'est ainsi qu'on a pu considérer comme "abcès du corps jaune" ou "hématome ancien du corps jaune" des lé-

sions qui étaient, en réalité, des formes caséuses du stroma ovarien.

2°) Parfois les ovaires sont enfouis dans une gangue de pelvipéritoniale fibro-caséuse dont il est difficile de les disséquer : ils sont tuberculisés par contiguïté.

3°) Au contraire, dans les salpingites folliculaires communes, l'ovaire est pratiquement toujours intact, même microscopiquement.

4°) Jamais on a constaté de tuberculose ovarienne isolée, évoluant pour son propre compte, sans atteinte des trompes.

5°) Il est probable que certaines lésions associées constituent un point d'appel : c'est ainsi que chez une femme hystorectomisée onze ans avant, Valensi a constaté une endométriose avec tuberculisation. Il est possible que l'activité fonctionnelle des enclaves endométriales ait créé des conditions locales favorisant la fixation des bacilles de Koch.

Citons les cas classiques de tuberculisation des kystes de l'ovaire aussi bien muqueux que dermoïdes.

6°) Par contre, l'action inhibante des lésions tuberculeuses sur les éléments nobles de l'ovaire est rien moins que prouvée : les follicules ovariens adjacents aux lésions caséuses sont morphologiquement intacts.

7°) Enfin, un problème nouveau est soulevé par l'existence d'une fibrose corticale intense. Il s'agit peut-être d'une simple coïncidence mais peut-être aussi de lésions cicatricielles ayant succédé à une tuberculose de la corticale.

II.- Trompes

La tuberculose des trompes constitue le premier temps de l'infection bacillaire de l'appareil génital. Elle est extrêmement fréquente, considérée pour certains comme représentant 20 à 25% du nombre total des salpingites. Toutefois, Novak abaisse ce chiffre à 5%.

Sans préjuger de la pathogénie des lésions, on peut ainsi classer les différentes formes anatomiques :

1°) Les formes milliaires aiguës, subaiguës et chroniques, tantôt sèches tantôt ascitiques. Les trompes sont rouges turgescents, un exsudat puriforme s'écoule par le pavillon. La séreuse est saupoudrée de granulations blanchâtres ou

jaunâtres qu'on retrouve sur le péritoine pelvien.

2°) Les formes ulcéro-caséuses et fibro-caséuses s'accompagnent également de pelvi-péritonite. Les trompes bouchées tantôt dures, tantôt ramollies sont agglutinées avec les ovaires dans un magma qui comble le Douglas.

3°) Les formes avec épanchement intra-tubaires : hydrosalpinx, hémato-salpinx, et pyosalpinx ou abcès froid tubaire. Les trompes sont distendues, lisses, mobiles, parfois énormes, recouvertes de varicosités. Dans un cas de Almada elles mesurent 11 x 25cm et 13 x 19cm. A l'ouverture, on trouve tantôt un liquide clair ou louche, tantôt un liquide hématique, tantôt un pus crémeux. Parfois le pus est devenu mastiac si bien que le diagnostic peut se poser d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Ces grands hydrosalpinx mobiles peuvent se compliquer de torsion (Duperrat et Huchet).

La nature tuberculeuse de ces lésions est loin d'être évidente ; souvent l'examen histologique et l'inoculation du cobaye sont nécessaires.

Les auteurs anglo-américains insistent à bon droit sur l'aspect du pavillon tubaire: tandis qu'il est réformé et oblitéré dans les lésions gonococciques, il est au contraire éversé et béant dans les lésions tuberculeuses. Cette permanence de l'ouverture du pavillon explique sans doute certaines poussées évolutives de pelvi-péritonite par vomiques tubaires vers le péritoine ; elle explique aussi la relative fréquence des grossesses tubaires dans la trompe tuberculeuse.

4°) Toutes les formes que nous venons d'énumérer sont connues depuis longtemps. Il convient d'insister sur les formes discrètes. Celles-ci ne sont bien souvent que des découvertes de salpingographie et de laparatomie. Elles comprennent :

- les formes nodulaires isthmiques avec intégrité de l'extrémité distale
- les formes scléreuses rétractées qui se confondent souvent avec
- les formes sténosantes. On sait depuis les travaux de Williams, de Sharman, que la tuberculose est une cause très commune de stérilité par sténose tubaire bilatérale.
- enfin, au minimum des lésions extrêmement discrètes dont l'existence n'est prouvée que par la biopsie péroopératoire.

C'est dire l'intérêt considérable de l'examen histologique.

Dans les cas typiques, la paroi tubaire est parsemée de follicules gianto-épithélioïdes de Köster. Ceux-ci revêtent parfois un aspect d'autant plus typique qu'ils éclosent dans le tissu mou que constitue la muqueuse frangée. Ils sont extrêmement nombreux, parfois confluent. Exceptionnels dans la couche musculaire, ils deviennent nombreux dans la séreuse et la sous-séreuse, ou le mésosalpinx, les franges réagissent au début par une hyperplasie réactionnelle sur laquelle Novak insiste à juste titre. Parfois, la prolifération est exubérante, réalisant un aspect oedémateux. Plus tard, des synéchies apparaissent, cloisonnant la lumière tubaire. Dans les cas extrêmes, elles aboutissent à la sténose complète.

L'aspect microscopique varie suivant une foule de facteurs. L'âge de la lésion est important : dans les formes anciennes on trouve des dépôts d'acide gras et des réactions lipophagiques, tout comme les vieux pyosalpinx gonococciques. D'autres fois, les follicules sont agglutinés en gommules dont le centre est tantôt caséux, tantôt suppuré.

Tels sont les cas faciles.

Mais il y a les cas difficiles. Quel est l'histologiste qui devant un hydrosalpinx, un pyosalpinx ou une salpingite folliculaire n'a pas hésité pendant longtemps recherchant sur sa lame le follicule de Köster typique et révélateur ? Il faut faire bien souvent des coupes en série avant de rejeter le diagnostic de tuberculose. Naturellement, de pareilles hésitations seraient évitées si on pouvait, par système, inoculer au cobaye toutes les pièces de salpingectomie.

Cette hésitation entre tuberculose et infection microbienne existe aussi entre tuberculose et réaction à corps étrangers. Les corps étrangers de la trompe, sont, d'une part, les gouttelettes de lipiodol. On connaît depuis longtemps les lipiodolomes qui appartiennent au grand groupe des huilomes. Leur diagnostic est à vrai dire facile, au fait de la présence, en négatif, des gouttelettes huileuses et de l'aspect très particulier des plasmodes lipophagiques. Les colorations du collagène montrent l'intensité de la réaction plastique différente de celle de la tuberculose.

D'autre part, sur la séreuse tubaire, les granulomes talciques sont loin d'être exceptionnels. Bien que simulant les tubercules, ils sont de diagnostic aisé pour qui veut bien utiliser l'examen en lumière polarisée.

Lésions associées :

La possibilité de grossesse tubaire a été signalée. Van Veer en a collégé 50 cas. Palmer, Dalsace, Marcel viennent d'en observer récemment. L'œuf se niche dans la partie distale de la trompe. Rochat a observé chez une addisonienne une salpingite tuberculeuse bilatérale avec grossesse tubaire droite ; plusieurs cas ont été signalés de tuberculisation de dysplasies tubaires

III.- Corps utérin

Il existe dans le corps utérin :

- des lésions grossières dont la nature tuberculeuse est évidente ; elles sont exceptionnelles.
- des lésions discrètes dont la nature tuberculeuse peut soulever discussion : elles sont fréquentes ; elles posent le problème désormais classique des "follicules" de l'endomètre.

Nous rappelons rapidement les premières :

La tuberculose consécutive massive de l'utérus, véritable tuberculose externe, dit Delorme, est exceptionnelle. S'en rapproche la tuberculose macronodulaire du myomètre : dans le cas de Oliveira-Campos, il y avait des nodules sous-séreux blanchâtres de la taille d'un pois et des nodules myométriaux de la taille d'une noisette, la muqueuse restant indemne. Dans la forme micronodulaire, les granulations sont milliaires : elles atteignent à la fois les deux trompes.

Signalons enfin la symphyse tuberculeuse, étudiée par Netter et Masset, processus de sclérose envahissant le myomètre et fusionnant les deux faces de la cavité utérine, effaçant totalement l'endomètre aux points intéressés. Dans deux cas, il restait un minuscule reliquat de cavité, ne communiquant plus avec le canal cervical.

Mentionnons enfin l'association de tuberculose utérine avec des malformations, l'association avec l'endométriose dont H. Davis Howell rapporte trois cas, en collégeant vingt cas au total.

LE PROBLEME DES FOLLICULES GIGANTO-EPITHELIOIDES DE L'ENDOMETRE

A.- Comment se présentent ces follicules ?

Leur fréquence est incontestable. Tandis que Sherman les trouvait cent fois sur 7.600 biopsies, nous avons l'impression qu'ils sont beaucoup plus communs.

Connus depuis longtemps, puisque dès 1889 Cornil notait le fait que les nodules occupent la partie superficielle labile de la muqueuse, ils peuvent être découverts macroscopiquement sur les lambeaux de muqueuse ou sur les pièces d'hystérectomie.

En pratique, ils sont invisibles à l'oeil nu et ne sont diagnostiqués que sur les coupes.

Dans les cas typiques, leur nombre est considérable et les copeaux de muqueuse apparaissent farcis de follicules.

Ces derniers réalisent l'aspect de follicule de Köster. Du centre à la périphérie, on voit une ou plusieurs cellules géantes plasmodiales de Langhans, puis des cellules épithélioïdes à protoplasme éosinophile à contours peu nets. Ces cellules présentent des groupements nucléaires, ébauches de futurs plasmodes. A la périphérie, une couronne de cellules lymphocytaires. Dans les cas les plus complets, les follicules ont tendance, d'une part à confluer, d'autre part à évoluer vers la caséification.

Il est hors de doute que tous les éléments de l'endomètre peuvent participer et participent effectivement à l'élaboration des follicules : cellules conjonctives choriales, cellules endothéliales capillaires et cellules épithéliales tubaires prennent une part active à la métaplasie épithélioïde des follicules. Ces faits sont classiques. Dans les cas atypiques les follicules apparaissent clairsemés. Leur aspect peut surprendre ; tantôt il n'existe qu'un anas épithélioïde assez compact, sans cellule géante, tantôt, au contraire, une ou plusieurs cellules géantes sont éparses dans le chorion, sans aucune couverture épithélioïde.

En fait, une extrême variabilité s'observe d'une malade à l'autre et, mieux, chez la même malade, d'une biopsie à l'autre. C'est que l'endomètre est un tissu absolument extraordinaire qui s'élimine tous les 28 jours et se reconstitue de même. Delorme a eu le mérite de faire le premier l'étude systématique

de l'endomètre au cours du cycle. Il a montré que c'est entre le septième et le douzième jour du cycle "qu'en peut mettre en évidence les petits îlots, à contours absolument imprécis, de métamorphose de chorion cytogène prenant le type épithélioïde". Parfois, on note déjà une nécrose fibrillaire. Les follicules les plus typiques sont observés dans les derniers jours du cycle : d'où la règle de faire le prélèvement biopsique peu avant les époques menstruelles.

Une question vient tout de suite à l'esprit : Comment expliquer la reviviscence des follicules après chaque règle ? Trois explications sont possibles. La plus satisfaisante est celle-ci : il y a persistance indéfinie de foyers bacillaires dans la partie profonde non labile de l'endomètre. Les autres explications sont, d'une part, la tuberculisation continue par des exsudats venant des trompes, et d'autre part, l'ensemencement hématogène permanent.

B.- Les follicules sont-ils tuberculeux ?

On n'a pas manqué de souligner combien peu spécifique est en réalité le groupement folliculaire géant-épithélioïde. On savait que certains corps xéniques très fins, telle la poudre de Lycopode, pouvaient provoquer des formations nodulaires hautement tuberculoïdes. Puis vinrent les démonstrations expérimentales de Sabin, Ioan, Forkner, créant des follicules par les seuls lipoides et acides gras du B.K. Grimbaud, Bulliard et Maillet obtinrent des nodules et des nodules caséifiés par injection d'acide mycolique. Mais bien d'autres corps peuvent donner le même résultat.

Si bien que se trouvent proposées d'autres étiologies :

- a) Les corps étrangers, soit huileux (Lipiodol), soit cristallins (innombrables médicaments injectés ou insufflés) ou amorphes (carboxyméthyl cellulose associée à l'inabrodil)
- b) Les rétentions de certains débris tissulaires (placentaires) voir de caillots sanguins.
- c) La cytolyse d'un tube glandulaire avec résorption macrophagique secondaire des cellules épithélioïdes du tube cytolysé.
- d) La sarcoïdose de Bernier-Boeck, si tant est qu'elle existe dans l'endomètre, ce qui n'est pas prouvé.

- e) Certaines infections microbiennes, virales.
- f) Les mycoses et plus spécialement les moniliases.

Ces objections sont de valeur et on se doit d'y répondre sur le plan histologique.

Isidore a fait valoir les arguments montrant le caractère actif du plasmose de Langhans : appareil de golgi bien développé, présence d'acides nucléiques charge glycogénique importante, mac massus positif. Il insiste à bon endroit sur la distinction entre cellules réticulaires et cellules épithélioïdes. D'autre part, certains procédés permettant de dépister les corps étrangers : polarisation pour les cristaux, coloration de gram et de Holdkin mac massus pour les champignons et les levures.

Enfin, les colorations de collagène peuvent être extrêmement utiles et en particulier les colorations de la réticuline. On sait que les mailles fines du réseau pénètrent dans la plupart des follicules épithélioïdes non tuberculeux, mais disparaissent dans les follicules en précaséose bacillaire (Maurice Champeau)

- a) Comment faire la preuve de leur nature tuberculeuse ?

La preuve de la nature tuberculeuse devrait être théoriquement fournie par la mise en évidence du bacille. Cette recherche a été souvent faite sur les coupes, les bacilles n'ont pas été retrouvés car ils sont très difficiles à mettre en évidence dans les tissus. Reste la recherche dans les exsudats et dans le sang des règles, par la culture et l'inoculation du cobaye. Les Allemands et en particulier Keller y ont insisté. Kraubig préconise l'étude, directe au microscope fluorescopique. Ces recherches offrent un grand intérêt, mais elles sont difficiles et souvent décevantes. Positive, leur valeur est absolue. Négatives, elles ne doivent pas éliminer le diagnostic de la tuberculose.

- b) C'est dire tout l'intérêt du contexte clinique et paraclinique.

D'un faisceau d'arguments jaillit l'évidence : symptômes cliniques, antécédents familiaux et personnels, association de tuberculose viscérale, radiographie thoracique, cuti, Middlebrook-Dubos, hystérosalpingographie, évolution, épreuve du traitement, enfin, viendront confirmer la nature tuberculeuse des follicules découverts dans la biopsie endométriale.

Reste la question ultima non minima des follicules lymphoïdes.

Abandonnant délibérément le problème des follicules lymphoïdes du col pour nous en tenir aux follicules lymphoïdes de l'endomètre, nous dirons : les biopsies en série, chez plusieurs malades traitées par la streptomycine et le rimifon, ont montré à l'évidence la disparition progressive des amas giganto-épithélioïdes. Il ne persiste que des nodules arrondis, à contours assez nets, faits uniquement de lymphocytes. Puis ces derniers s'effacent à leur tour. Ainsi avons-nous la preuve que les nodules lymphoïdes peuvent être tuberculeux.

c) Est-ce à dire que tous les nodules lymphoïdes de l'endomètre sont tuberculeux ? Evidemment non. D'autres étiologies sont sans doute possibles. Ici encore joueront les faisceaux de preuves "raisonnables" que nous évoquions plus haut.

Un dernier problème est celui de la répercussion fonctionnelle de l'endométrite tuberculeuse. Malka, à la New-Delhi, sur 138 cas, dit que la lutéinisation endométriale, dans la semaine pré-menstruelle, n'a lieu que dans un très faible pourcentage des cas.

IV.- Col

La tuberculose du col est rare. Les diverses statistiques (Comselli, Finlaison, Lin, Haas, P. Schwartz) varient entre 0,4% et 10% des cas de tuberculose génitale ; le 0,4% paraît plus vraisemblable que le 10%. En 1931, Bonnet et Bulliard n'en trouvaient que 200 cas dans la littérature.

La plus forte collection est celle de Asplund qui groupe 11 cas macroscopiquement ; Chaton, en 1908, décrivait trois types :

- a) type ulcéreux : ulcération serpiginieuse, en cratère, avec fond rouge grisâtre, velouté
- b) type papillaire végétant - le plus évocateur - : végétations très friables, hémorragiques, de coloration rouge grisâtre, fongueuses
- c) type miliaire : rarissime

On peut y ajouter :

- d) type interstitiel : tuméfaction violacée du museau de tanche, et
- e) type endocervical.

Histologiquement, Law et Nixon ont confirmé ce que Champeau, le premier avait dit du comportement de la réticuline dans les follicules tuberculeux, à savoir que les fibrilles réticulaires atteignent le pourtour des follicules, mais n'y pénètrent pas. Sur le col, plus souvent que partout ailleurs, il faut se méfier d'une erreur de diagnostic qui est la pseudo-tuberculose à corps étrangers. On sait avec quelle profusion les cristaux médicamenteux divers aspergent le mu-seau de tanche. Certains cristaux peuvent pénétrer dans la muqueuse et provoquer ces granulomes mucciliques dont la fréquence est si grande dans la peau et dans la péritéine. Pour les reconnaître, il importe d'examiner les coupes en lumière polarisée, d'une façon systématique.

C L I N I Q U E

Nous décrirons en premier lieu les formes dites classiques, ensuite, les formes décrites plus récemment, les formes latentes et les formes trompeuses .

I.- LES FORMES CLASSIQUES :

Nous ne ferons que citer les formes classiques bien connues de tout le monde :

1) La tuberculose annexielle isolée

- l'abcès froid tubaire
- l'hydrosalpinx

2) La tuberculose péritonéale ascitique

3) La pelvi-péritonite fibro-caséuse

pour nous consacrer plus longuement aux formes latentes, inapparentes (Dalsace) ou trompeuses, mieux étudiées aujourd'hui grâce aux examens paracliniques modernes .

II.- LES FORMES LATENTES

Les motifs qui amènent à consulter sont variables :

La stérilité reste à coup sûr l'occasion la plus fréquente d'en faire le diagnostic . Mais l'existence d'une ou plusieurs grossesses ne doit cependant pas faire écarter le diagnostic, et on insiste beaucoup sur les tuberculoses constatées après avortements ; il faut se garder en présence d'un syndrome douloureux pelvien post-partum ou post-abordum d'invoquer systématiquement un processus inflammatoire à germes banaux .

Une aménorrhée secondaire, une dysménorrhée, surtout si elle est secondaire, sont également des notions à retenir lorsqu'il existe par ailleurs une atteinte récente de l'état général .

L'étude des antécédents donne des renseignements utiles . Van der Castle et Vernaghe ont écrit à juste raison : " il est indiscutable que dans la majorité des cas, la tuberculose génitale, et spécialement la tuberculose utéro-annexielle, est secondaire à quelque autre tuberculose plus ou moins éloignée, pulmonaire, intestinale, ou ganglionnaire " .

Le diagnostic s'appuiera alors sur les résultats des examens paracliniques répétés .

III.- LES FORMES TROMPEUSES :

1) Les formes pseudo-hormonales :

a.- aménorrhiques :

Tous les aspects sont possibles, allant de l'aménorrhée primaire à une aménorrhée ou une hypoménorrhée secondaires ; l'existence d'une telle manifestation oriente tout naturellement vers une étiologie hormonale ; celle-ci semble parfois légitime car l'endomètre, même lorsqu'il n'est pas tuberculisé, peut être d'aspect faiblement folliculinique ou même inactif . Dans certains cas, il est même atrophique .

Si le prélèvement biopsique s'avérait impossible, la possibilité de symphise utérine, dont la traduction radiologique est caractéristique, ne devra pas être exclue .

b.- métrorragiques :

Il s'agit de métrorragies sans caractères particuliers qui, elles aussi contribuent à faire errer le diagnostic .

c.- hémorragie intermenstruelle

d.- pseudo-hyperandrogéniques :

On saura donner toute sa valeur à des petits signes qu'on rencontre chez les tuberculeuses, tels que l'acné, l'hyperpilosité . Ces signes associés ont une grande valeur chez la jeune femme à un âge où ces manifestations propres à la puberté devraient avoir disparu .

e.- Des formes florides pour lesquelles la tuberculose n'est souvent qu'une découverte d'examen histologique . L'amélioration apparente de l'état général coïncide souvent avec l'apparition des troubles menstruels du type hypoménorrhée .

2) Les formes associées :

- au fibrome
- à des malformations utérines, surtout utérus bicorne
- à des malformations tubaires, congénitales ou acquises du type endométriose, adénomyomatose ou diverticulose .

3) Tuberculose génitale et cancer :

Ces cas, bien que rares, doivent être connus ; ce sont ceux qui posent souvent un diagnostic difficile avec les formes végétantes . La répétition des examens, histologiques en particulier, sera nécessaire surtout si l'examen cytologique révèle des anomalies nucléaires .

4) L'endométrite tuberculeuse :

Elle réalise au maximum une forme trompeuse tant son diagnostic

évoque au premier chef le cancer. Les malades sont rarement vues au début de l'évolution ; le plus souvent on se trouve en présence de malades qui viennent consulter pour une leucorrhée abondante.

L'examen sans spéculum montre un col modifié dans l'orifice duquel émerge une petite végétation blanchâtre. Son ablation et la biopsie de l'endomètre n'entraîne qu'un suintement sanguin minime contrairement au saignement profus du bourgeon néoplasique.

L'aspect des fragments retirés est souvent évocateur : masse blanc rosé, frai de grenouille, consistance grumeleuse, parfois parsemée de quelques grains jaunes.

Ce fungus se reproduit rapidement au cours du cycle menstruel ; il témoigne d'une forme sinon extensive du moins rebelle au traitement qui devra être poursuivi de nombreux mois.

L'examen histologique montre une hyperplasie papillaire de la muqueuse avec réaction inflammatoire et présence de follicules tuberculeux et permet le diagnostic avec le cancer.

La reproduction indéfinie des lésions au niveau de l'endomètre pose des problèmes importants concernant l'histogénèse de processus tuberculeux. "En effet, écrivent Delorme et Coll, à l'inverse des nodules folliculaires des autres viscères qui, une fois constitués, demeurent longtemps inchangés, les altérations endométriales offrent cette particularité unique, parmi les déterminations viscérales de la tuberculose, de ne persister dans l'organisme que pendant la durée d'un cycle menstruel. Ainsi, ajoutent-ils, les lésions de l'endométrite tuberculeuse sont éphémères : en 28 jours elles naissent, se développent, arrivent à maturation pour être éliminées avec le flux menstruel et se reproduire au cycle suivant. C'est là un fait du plus haut intérêt pour l'étude de l'histogénèse et de la pathogénèse des lésions tuberculeuses".

5) Les formes avec hématosalpinx :

On doit distinguer :

- L'hématosalpinx gravidique développé sur une trompe tubercu-

leuse .

- L'hématosalpinx tuberculeux non gravidique

a.- Les publications (Held, Dubuis insistent habituellement sur la rareté de la coexistence de la tuberculose et d'une grossesse ectopique, mais il semble qu'une nidation puisse se faire dans une trompe tuberculeuse, et certaines publications récentes viennent appuyer cette opinion . Geisendorf, Huyghebaert, Bender, Bédrine et Houlné ont en effet rapporté un certain nombre d'observations concernant des femmes ayant développé un hématosalpinx dans une trompe tuberculeuse . Certaines de ces observations comportent des examens histologiques qui viennent à l'appui des examens cliniques . Cette notion un peu nouvelle doit entraîner l'examen histologique systématique de toutes les pièces opératoires de salpingectomies .

b.- L'examen histologique est en effet le seul moyen d'affirmer la nature gravidique des accidents en montrant la présence de villosités placentaires .

Mais la nidation de l'oeuf n'est pas nécessaire à l'hématosalpinx . L'hémorragie peut être une manifestation exclusivement tubulaire .

6) Les formes ovariennes :

a.- Tout à fait exceptionnelles, elles réalisent un abcès tuberculeux de l'ovaire .

b.- L'atteinte superficielle de la corticale peut être le témoin de phénomènes corrélatifs de voisinage .

c.- Les hématomes de l'ovaire où l'examen microscopique de l'ovaire ne montre aucune lésion tuberculeuse, mais souvent un corps jaune hémorragique .

d.- Cartier et Lantuéjoul ont montré également la possibilité de tuberculisation des kystes de l'ovaire .

7) Les formes post-abordives et de post-partum :

Il apparaît que dans la majorité des cas, la tuberculose est antérieure à la gestation et dès lors elle doit être considérée comme facteur étiologique de certains avortements ou accouchements prématurés ; mais la tuberculose précéderait de peu la gestation et s'étendrait pendant celle-ci .

8) Les tuberculoses utéro-annexielles :

Elles surviennent après la ménopause .

Les cas sont rares . Il semble que la disparition de l'activité ovarienne puisse intervenir et que l'existence d'une muqueuse utérine atrophique ne soit pas favorable au développement du processus bacillaire . Du point de vue clinique, il s'agit, en règle générale, soit de formes métrorragiques, soit d'une pyométrie ; ce n'est souvent que sur l'examen de la pièce opératoire que le diagnostic est porté alors que bien souvent, on était intervenu pour cancer du corps .

9) Récidives post-opératoires :

Les récidives sont, certes, de plus en plus rares depuis que les traitements opératoires sont suivis de traitements antibiotiques .

10) Enfin, il est un certain nombre de cas où le clinicien a le droit, après avoir envisagé toutes étiologies et les avoir éliminées de penser à la tuberculose devant les signes suivants :

- âge : 20 à 30 ans .
- asthénie, amaigrissement .
- état subfébrile persistant .
- vitesse de sédimentation accélérée .
- réactions cutanées à la tuberculine très positives .
- stérilité .
- endomètre inactif .
- intégrité morphologique apparente de l'arbre génital ; en particulier, les trompes sont perméables .

En l'absence de résultats avec les différents traitements anti-infectieux, en particulier avec la pénicilline, un traitement à la streptomycine seul est institué : l'action sur l'état général est spectaculaire .

IV.- LA TUBERCULOSE DU COL

L'examen au spéculum est le temps essentiel . Mais seul l'examen histologique permet de faire le diagnostic avec le cancer du col, les cervicites chroniques banales, la lymphogranulomatose et la syphilis du col . Les traitements actuels ont sur cette localisation des résultats assez spectaculaires .

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES

A.- LES EXAMENS GENERAUX

- Une radiographie pulmonaire qui montrera rarement des images de lésions évolutives, mais parfois découvrira des images de séquelles soit pleurales, soit parenchymateuses dont l'existence était souvent ignorée des malades .
- La cuti-réaction . Elle donne des renseignements tels que le diagnostic pourra se voir infirmer en cas de négativité .
- La courbe de température . En règle générale il n'y a pas de fièvre, mais deux types de courbe ont été décrits :
 - Un type monophasique à registre élevé, où la température s'inscrit en permanence au réveil à 37°5, 37°8 .
 - Un type avec élévation intermittente menstruelle . La température s'élève alors au moment des règles et pendant toute leur durée au-dessus de 38° .

B.- EXAMENS BIOLOGIQUES

On demandera :

- une numération globulaire
- une formule leucocytaire à la recherche d'une lymphocytose
- une vitesse de sédimentation qui présente des accélérations perma-

nentes très significatives . Elle permet de suivre l'état des lésions et de guider le traitement .

On associe également :

- une électrophorèse
- une mesure de l'indice d'haptoglobine (Jayle) .
- une réaction de Vernes-Résorcine pour suivre les modifications des gamma-globulines .

Bret pratique systématiquement une réaction de Middlebrook et Dubos qui consiste à mettre en évidence, dans le sérum les sujets tuberculeux des anticorps agglutinant de façon spécifique des hématies sensibilisées au préalable avec un extrait de bacille de Kock . Mais comme la préparation de cet extrait est longue, on utilise comme antigène la tuberculine, en France on utilise la fraction polysaccharidique (S.T.) de la tuberculine .I.P.48. La lecture de cette hémagglutination est simple et la réaction est considérée comme positive quand le sérum agglutine les hématies sensibilisées à une dilution de 1/8 . Une réaction supérieure à 1/16 est un signe très probable de tuberculose en activité . Le taux des anticorps suit l'évolution de la maladie tuberculeuse : il diminue sous l'influence du traitement ; une réaction négative ne permet pas par contre d'éliminer de façon formelle une tuberculose .

Ces examens seront répétés pendant toute la durée du traitement et ensuite périodiquement après son arrêt pour dépister tout réveil du processus tuberculeux .

Les frottis vaginaux :

Quelle valeur peut-on leur reconnaître dans le diagnostic de la tuberculose génitale ? Evidemment, la constatation dans les cellules desquamées de bacilles de Kock apporterait une certitude, mais il ne faut pas compter sur une telle éventualité .

Pour Pundel, deux catégories de cellules ont dans certains cas une valeur d'orientation :

- a.- " de grandes cellules isolées, arrondies, mesurant 40 à 80 microns se colorant intensément en vert ou en bleu foncé par la technique

de coloration à l'hématoxyline - Sharr- . Les limites cellulaires sont toujours très nettes, le cytoplasme est homogène, dense et non spumeux et renferme 5 à 30 noyaux ovalaires, avec un nucléole souvent bien visible " . Elles proviendraient de cas de tuberculose endométriale " ouverte " .

- b.- des histiocytes classiques qui ne sont absolument pas spécifiques d'une infection tuberculeuse, mais peuvent se voir dans d'autres infections génitales .

Vokaer et Cellone ne pensent pas que le diagnostic de tuberculose génitale puisse être fait par la cytologie . " Il nous semble, écrivent-ils, que la cellule géante non cancéreuse doit attirer l'attention du gynécologue cytologiste et qu'elle doit, jusqu'à nouvel avis, être considérée comme un histiocyte traduisant soit la présence d'un tissu de granulation, soit d'une réaction tissulaire après des irradiations au radium . Peut-être dans certains cas, faudrait-il rechercher une inflammation spécifique tuberculeuse, lépreuse, mycosique ou syphilitique " .

L'étude de la cytologie vaginale n'a certes pas de valeur spécifique mais peut donner dans certains cas une notion d'orientation et les renseignements qu'elle fournit viendront prendre leur part dans un bilan complet .

L'examen du sang menstruel :

Halbrech, Kirchhoff, Siems, Weigt, Kraubig préconisent cette méthode de diagnostic .

Le prélèvement du sang menstruel doit être fait le deuxième jour des règles et, pour avoir des chances d'être positif, la mise en culture doit être immédiate .

Les résultats varient suivant les auteurs, mais pour Kraubig, le résultat aurait été positif dans deux tiers des cas de tuberculose .

L'examen des lames au microscope à fluorescence doit permettre d'améliorer encore les renseignements fournis .

Les cultures de sécrétions cervico-utérines :

Halbrecht, également, proposa, en 1945, les cultures des sécrétions inter-menstruelles cervico-utérines sur des milieux de cultures spécifiques de bacilles de Kock (Löwenstein, Pétrignani, Dubos) . Le prélèvement est simple ; il suffit d'introduire un porte-coton à l'intérieur du col et de recueillir ainsi les sécrétions endo-cervicales qui seront immédiatement mises sur le milieu de culture choisi .

Ce procédé a l'avantage, pour l'auteur, de permettre facilement le diagnostic de tuberculose génitale dans les cas où l'examen gynécologique est difficile, en particulier chez la jeune fille ; il permettrait de dépister très précocement la localisation génitale de l'atteinte bacillaire . Ces cultures seraient souvent positives, aussi bien dans la localisation tubaire que dans l'endométrite tuberculeuse, ce qui étend la valeur de cette exploration à des cas inaccessibles au test histologique direct . Cette méthode permettrait le dépistage précoce des récidives après traitement antibiotique .

La culture des fragments endométriaux sur milieux spéciaux :

Cette technique se révèle, selon Bédrine et Haulne, être la plus précise et la plus constante pour confirmer la bacillose de l'endomètre . Les milieux ensemencés sont ceux de Petrigani et Dubos .

La positivité de ces cultures, dans tous les cas où l'examen histologique a été positif, confère à l'histologie, une valeur extrêmement importante .

Il est capital que tous ces examens soient pratiqués avant tout traitement par la streptomycine . En effet, en quelques jours, les lésions sont modifiées, l'aspect histologique perd ses caractères et le bacille de Kock devient difficile sinon impossible à cultiver . Si donc on veut au cours de ces différents prélèvements, faire un traitement antibiotique pour éviter une surinfection possible, on ne devra utiliser que la pénicilline .

L'inoculation au cobaye :

Il s'agit de l'inoculation de fragments d'endomètre . On a signalé de nombreux cas de tuberculisation de l'animal ; deux reproches peuvent être cependant adressés à cette méthode . La réponse, tout d'abord, est tardive et retarde la mise en oeuvre d'un traitement éventuel . D'autre part, ses résultats sont très souvent inconstants, l'endométrite tuberculeuse est pauci bacillaire et de ce fait, comme j'a insisté Netter, l'animal peut ne pas être contaminé . Les lésions sont par ailleurs peu disséminées et les prélèvements d'endomètre peuvent avoir été faits dans une région saine ; c'est la raison pour laquelle on préférera le curetage à la biopsie de l'endomètre .

Le milieu de transport a son importance ; il semble que les meilleurs résultats ont été obtenus en émulsionnant dans une solution de sérum physiologique et en injectant directement sous la peau du cobaye .

La coelioscopie :

C'est une endoscopie de la cavité péritonéale après création d'un pneumopéritoine artificiel .

La technique est extrêmement précise, une anesthésie légère au pentotal est préférable . On utilise la voie abdominale ou vaginale . Le prélèvement biopsique est possible au cours de la coelioscopie .

Aspects endoscopiques :

Selon Palmer, la tuberculose génitale latente se présente sous quatre aspects différents :

1.- Forme miliaire :

Les trompes sont plus rouges que normalement ; il existe à leur surface un semis de granulations jaunâtres de petite taille qui peuvent s'étendre aux organes voisins en particulier à l'utérus . Ils s'agit là d'une forme réagissant bien au traitement et il n'est pas rare de ne plus retrouver ces granulations à la fin du traitement .

2.- Forme nodulaire :

On trouve ici, sur une trompe, ou sur les deux, une ou plusieurs nodosités séparées par des zones rétrécies . Les nodosités seraient peut-être, selon Palmer, des abcès caséux, en voie de calcifications, ou des zones d'œdème et d'hypertrophie lardacée de la muqueuse .

3.- Forme adhésive :

Cette forme ne serait pas caractéristique de la tuberculose, puisqu'il s'agit de lésions adhérentielles du pelvis, s'il n'existait pas de granulations caractéristiques associées .

4.- Forme pseudo-salpingitique :

L'aspect réalisé est celui d'une banale salpingite chronique, mais la conservation des franges du pavillon, plus ou moins hypertrophiées doit faire penser à la tuberculose .

La coelioscopie enfin permet de suivre directement l'action d'un traitement par les antibiotiques .

La biopsie d'endomètre :

Pratiquée en fin du cycle menstruel (où les lésions sont les plus nettes) à la canule de Novak, elle permet l'examen histologique de la muqueuse et la découverte des lésions caractéristiques de l'endométrie tuberculeuse . Il est bien évident que cette exploration facile ne peut donner de renseignements que s'il existe une atteinte utérine . C'est dire que bon nombre de tuberculoses annexielles isolées échapperont à ce mode d'investigation . Un résultat positif avec présence de follicules tuberculeux typiques sur les coupes a donc une valeur formelle, un résultat négatif ne peut, par contre, faire rejeter le diagnostic de tuberculose génitale que l'on s'efforcera de mettre en évidence par d'autres procédés . Ajoutons que, dans certains cas, L'interprétation histologique n'est pas facile ; c'est dans ces cas douteux que peut être

utilisée l'inoculation au cobaye de fragments d'endomètre ramenés par la biopsie et broyés dans du sérum physiologique . Là encore une réponse positive entraîne la conviction mais une inoculation négative n'a pas la même valeur car l'endométrite tuberculeuse est éminemment paucibacillaire (Bret) et, de ce fait, l'animal ne peut être contaminé .

Les résultats fournis sont donc inconstants . C'est pourtant le premier examen à pratiquer, du fait de sa simplicité d'abord et parce-que d'autre part un prélèvement d'endomètre pratiqué après une histérosalpingographie lipiodolée peut révéler des images histologiques anormales dues à la présence de gouttelettes huileuses retenues dans la muqueuse et qui risquent d'être faussement interprétées comme des lésions tuberculeuses .

L'hystérosalpingographie :

Elle sera donc pratiquée après la biopsie d'endomètre . Dans ces formes latentes, inactives, on peut dire que son innocuité est absolue : Sur la façon de la réaliser les opinions divergent et si la majorité des auteurs préfère maintenant recourir à des substances opaques hydrosolubles (tel le diodone), d'autres restent fidèles au lipiodol fluide .

Quelle que soit la substance de contraste utilisée, certains points de technique sont importants à connaître . Ils ont été bien précisés par Bret et Legros :

- Il est indispensable de prendre un premier cliché sans préparation, destiné à mettre en évidence des calcifications pelviennes dont l'image pourrait se confondre avec une image tubaire .
- Plusieurs clichés seront pris au cours de l'injection à différents stades du remplissage, de face et de trois quarts .
- Un ou plusieurs clichés d'évacuation donneront souvent des images plus nettes des replis muqueux et des contours de fungus .
- Deux clichés seront pratiqués, l'un le lendemain, l'autre quatre ou cinq jours plus tard, de façon à juger du degré de la diffusion qui peut être tardive, et du siège de la rétention possible du produit de contraste .

Il peut être utile de prendre ces clichés de contrôle en position debout ou en décubitus latéral, pour dépister les niveaux liquides propres aux hydrosalpinx .

Les diverses images radiologiques des tuberculoses génitales inapparentes, si elles sont assez souvent très évocatrices, restent parfois aussi d'interprétation délicate et l'on peut dire qu'aucune d'entre celles qui ont été décrites n'est pathognomonique .

- Les plus constantes et les plus caractéristiques sont les images tubaires, mais elles-mêmes diffèrent selon la lésion anatomique .

a) L'aspect radiologique de l'hydrosalpinx bilatéral est trop connu pour que nous y insistions . Rappelons cependant :

- Au cours de l'injection l'image en gouttes donnée par le lipiodol qui se fragmente dans la cavité liquide,
- et sur le cliché de contrôle l'absence de diffusion péritonéale et la persistance du produit de contraste sous forme d'une tâche opaque stagnant dans la région tubaire, là où s'est formée l'image en gouttes .
- Affirmer l'hydrosalpinx sur ces constatations est possible, aucun détail cependant ne permet de préjuger de sa nature tuberculeuse .

b) Il en est de même lorsque l'hystéroggraphie révèle une absence complète de passage tubaire ; la sténose est indiscutable, rien ne prouve qu'il s'agisse d'une séquelle tuberculeuse .

c) Bien d'autres types ont été décrits . Les principaux en sont :

- L'exagération des plis longitudinaux de la muqueuse, dont l'épaisseur peut atteindre 3 à 5 mm. et qui prennent parfois un aspect onduleux rendant la lumière de la trompe extrêmement irrégulière .

Cet aspect, qui correspond à des lésions proliférantes, intra-tubulaires, serait, pour Ekengren, spécifique de la tuberculose tubaire . Dans les salpingites banales, les plis restent toujours minces et réguliers .

- L'aspect moniliforme des deux trompes, présentant des strictions alternant avec des portions plus ou moins dilatées .
- La rigidité des trompes, qui présentent un aspect en fil de fer, ou en canne de golf à extrémité distendue, cylindrique, à parois lisses ; on note parfois, dans ces cas, une légère dilatation de l'isthme (ces aspects répondent à une tuberculose scléreuse cicatricielle) .
- Les images marécageuses, irrégulières, anfractueuses, dessinant çà et là les cavités de petits abcès de la paroi tubaire .

Tous ces aspects radiologiques sont en faveur de la tuberculose .

T R A I T E M E N T

Nous ne ferons que rappeler brièvement les divers traitements classiques :

- calcium
- vitamine D
- huile iodée
- héliothérapie
- roentgenthérapie même, comme traitement médical, opérations radicales (Hystérectomies subtotaales ou totales) préconisées par J.L. Faure, comme traitement chirurgical.

Le traitement actuel résulte de la découverte des antibiotiques (streptomycine, acide para-amino-salicylique, Rimifon) associés à des traitements adjuvants dont l'importance n'est certes pas à négliger, tel le traitement cortisonique.

Il nous paraît superflu de rappeler que les renseignements cliniques, histologiques ou radiologiques ne nous donnent qu'une idée, sans doute bien imparfaite, de l'évolution et de l'étendue des lésions, l'extension de celles-ci au myomètre, à la séreuse est plus souvent méconnue ; c'est pourquoi le traitement nous semble devoir obéir aux données suivantes :

- 1°) Toutes les formes cliniques de la tuberculose génitale doivent d'abord être traitées médicalement sans aucune distinction d'âge, de date d'apparition, d'étendue des lésions.
- 2°) Le principe essentiel consiste à faire arriver le maximum de produits au contact des lésions :

- par voie générale
- par voie locale et périlocale
- en essayant de réduire les phénomènes inflammatoires ou les barrières fibreuses et scléreuses, si intenses dans la tuberculose.
- le traitement doit être d'emblée maxima, quotidien et continu, jusqu'à la guérison, sous peine de s'exposer à des récives et à la résistance aux médicaments
- l'hospitalisation est nécessaire
- l'arrêt du traitement ne pourra être envisagé qu'après le retour plusieurs fois constaté des différents tests à la normale ou la constatation de lésions cicatricielles non évolutives.

TRAITEMENT GENERAL

Voici un schéma :

- 2 à 3 gr. de streptomycine par semaine jusqu'à concurrence de 60 grs. associés à l'acide para-amino-salicylique, ou mieux au rimifon à raison de 5 mg. par kilogramme de poids, en 3 ou 4 prises post-prandiales ou en suppositoires. Il importe de prolonger ce traitement pendant 3 mois et de le reprendre après accouchement au cas où cette éventualité se réaliserait.
- on associe systématiquement maintenant (Bret, Palmer) un traitement cortisonique dont l'action sur les lésions fibreuses et scléreuses est incontestable :
 - 200 mg. de Cortisone par jour, ou
 - 30 mg. de Cortancyl par jour, la première semaine et diminution pour se stabiliser à 50 mg. de Cortisone par jour, ou 10 mg. de Cortancyl par jour jusqu'à la fin du traitement antibiotique.

TRAITEMENT LOCAL :

Il est réalisé sous forme d'instillations utéro-tubaires (avec l'appareillage utilisé pour l'hystéroggraphie) d'un mélange de streptomycine (0,5 à 1 gr.) d'hydrocortisone (25 mg.) dissous dans 10 cc. de sérum physiologique, trois fois par semaine pendant un mois.

Les injections para-métriales n'ont d'indication que lorsqu'il existe une masse annexielle. Elles sont pratiquées avec des aiguilles longues, de type aiguille à ponction lombaire en piquant au niveau des culs de sac vasculaires latéraux. Un même mélange de streptomycine hydrocortisone est injecté ; six injections étalées sur quinze jours paraissent suffisantes.

Les injections intra-péritonéales, à l'étude, ont l'inconvénient d'être moins acceptées.

L'on devra être vigilant lors de l'arrêt du traitement, répétant examens radiologiques et vitesse de sédimentation, avant et longtemps après cet arrêt, essayant de dépister à temps toute récurrence génitale ou plus éloignée (poumons, reins) qui exigera la reprise immédiate du traitement.

Le traitement chirurgical ne sera envisagé qu'en cas de résistance à un traitement antibiotique prolongé ou devant la persistance de séquelles douloureuses.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE GENITALE

La tuberculose génitale avant la puberté est exceptionnelle. Il semble bien que l'atteinte génitale survienne dans les 2 à 5 ans qui suivent les primo-infections tardives de l'adolescence. Barnes suggère de faire la P.T.T. chez les fillettes avant qu'elles atteignent cet âge, vers 11 ans, lorsque la réaction cutanée à la tuberculine persiste négative. Cette méthode peut réduire, dans quelques années, la fréquence de la tuberculose génitale.

LES FISTULES TUBERCULEUSES

HISTORIQUE

Pendant longtemps, les fistules abdominales et urinaires, complications sévères de la tuberculose génitale de la femme ne furent pas considérées comme curables opératoirement par les chirurgiens et les gynécologues. Dans les traités classiques de Ponsi, J.L. Faure et Firdrey de Labadie-Lagrave, ces complications sont indiquées rapidement. On n'y trouve rien sur leur traitement chirurgical ; puis J.L. Faure préconise l'ablation large du foyer tuberculeux. Fergus demeure partisan, lui aussi, de l'intervention étendue, mais il en limite les indications.

Brocq en 1933 signalait deux tendances : l'une favorable à l'opération complète dans le plus grand nombre des cas, l'autre qui préconisait l'opération suivant les lésions.

Il est indiscutable que dans les cas défavorables avec d'énormes lésions il vaut mieux s'abstenir plutôt que d'entreprendre une intervention génératrice d'énormes fistules et de catastrophes.

E. Truc, en mai 1948, déclare au Congrès de Montpellier que les chirurgiens interviennent plus volontiers parce qu'ils sont rompus à la technique des opérations viscérales d'abord, parce que l'on soigne mieux les tuberculoses locales ensuite.

Actuellement, les interventions ne se font que sous couvert d'antibiotiques et leur évolution a été transformée.

ETIOLOGIE DE CES FISTULES

I.- FISTULES SPONTANÉES

Elles sont exceptionnelles et nous n'y insisterons pas. Elles s'annoncent par l'aggravation de tous les symptômes et sont la conséquence d'un processus tuberculeux évolutif avec envahissement bacillaire par propagation de proche en proche d'une annexe vers l'intestin et vers la peau. Mais le stade avancé où l'on voit surgir ce type de complication empêche d'envisager une thérapeutique véritablement efficace et les traitements les plus divers et fort complexes souvent ont dû être envisagés.

Ces fistules s'établissent par le processus habituel d'évolution des lésions tuberculeuses évolutives. Débutant dans le chorion sous-muqueux de la trompe le plus souvent, les tubercules envahissent la musculature et se ramifient. La poche tubaire qui, remplie de pus, grossit, arrive au contact de la vessie, du vagin, de l'intestin et particulièrement du rectum en raison de la chute habituelle des annexes dans le Douglas.

Le processus ne s'arrêtant pas aux séreuses, gagne les organes voisins avec lesquels le pyosalpinx se soude intimement. Les tuniques intestinales infiltrées, érodées, s'amincissent et se perforent directement par le processus bacillaire. Ultérieurement, le processus bacillaire continuant peut provoquer la formation d'un abcès froid intermédiaire qui s'ouvrira à la peau. Ces fistules sont dites spontanées. Des auteurs comme J. Villier, Terrain les ont subdivisées en spontanées pures et spontanées artificielles. Ces dernières fistules sont celles qui surviennent à la suite de l'intervention d'un chirurgien ayant incisé un abcès superficiel bacillaire sur le point de se fistuliser.

II.- FISTULES POST-OPERATOIRES

Elles demeurent les plus nombreuses et cette fréquence même constituait autrefois pour les chirurgiens une raison de s'abstenir dans la tuberculose annexielle. (statistiques de Condancier, Freinberg, Hartmann, et Bargeret, Le-normand et Moulanguet). L'étiologie de ces fistules est facile à comprendre. Elle réside dans la difficulté de la libération et du clivage des organes malades. Le tissu bacillaire, dur fibreux, adhérent se déchire, les parois des organes voisins sont altérées, ainsi la fistule se constitue d'emblée ou secondairement. C'est pourquoi, lorsque le chirurgien est intervenu dans un cas difficile de tuberculose génitale, lorsqu'il lui a fallu cliver avec précaution, sculpter littéralement les organes, il ne doit laisser auprès de ces parois dépariionisées rien qui puisse devenir un agent traumatisant susceptible de provoquer une fistule. Le Mischulicz est avec raison condamné par tous et si certains chirurgiens ont vu guérir sans fistule leur malade malgré un Mischulicz de sécurité, ils reconnaissent, étant donné l'extrême rareté des cas favorables, que cette pratique n'est pas la meilleure. En effet, le pourcentage des fistules après Mischulicz dans la tuberculose génitale s'avère élevé dans toutes les statistiques.

Les fistules de l'intestin grêle sont, elles aussi, très rares. Heureusement, car leur pronostic demeure grave en raison du retentissement de ces fistules sur la nutrition et l'état général.

Les fistules pyostercumelles post-opératoires se présentent dans des conditions très différentes et nous nous rallions à la classification de J. Villar et Lorrain pour envisager :

- les fistules à trajet direct
- les fistules avec masse annexielle et fistule intestinale

A.- Fistules à trajet direct :

Elles surviennent généralement après hystérectomie ; ces malades ont suivi après leur intervention un long traitement et les lésions locales ont régressé ; le toucher vaginal avec palper abdominal combiné ne permet plus de découvrir de masse interposée ; le petit bassin reste souple. Le trajet fistu-

leux est direct, facilement cathétérisable par la sonde canulée. Au toucher rectal¹ - ou rectal et vaginal combinés - on peut percevoir l'extrémité du stylet.

Mais souvent la fistule intestinale n'est pas manifeste, on doit la rechercher : il suffit pour la trouver de mettre en oeuvre les moyens suivants d'investigation :

- 1°) Lavement au bleu de méthylène; le plus souvent le bleu passe par la fistule alors que même les matières ne la franchissent pas.
- 2°) Injection au lipiodol. Elle permettra de constater chez la malade dans les heures qui suivront l'injection une évacuation rectale de lipiodol.
- 3°) Radiographies en séries.
- 4°) Rectosigmoïdoscopie

Fistules cataméniales

J. Villar désigne sous ce terme des fistules à trajet court et direct de la paroi abdominale à l'une des trompes. Elles surviennent chez les malades jeunes ayant subi une opération conservatrice, l'ablation d'une trompe avec fixation du moignon à la paroi. Dans certains cas, une fistule s'établit au niveau de la cicatrice opératoire et à chaque période menstruelle, par cet orifice apparaît une hémorragie minime. Le pronostic de ces fistules est favorable car ces fistules sont facilement curables par hystérectomie ou opération conservatrice.

B.- Fistule abdominale avec masse annexielle sans fistule intestinale apparente:

Un pyosalpinx tuberculeux siège d'un côté tandis qu'il existe de l'autre un foyer génital bacillaire (hémi-trompe sectionnée) en communication avec la fistule. Là encore, il faut rechercher patiemment la fistule intestinale. Mais il importe surtout de s'assurer de la stabilisation des lésions. C'est en examinant périodiquement la malade tous les deux mois par exemple, en notant soigneusement le volume des masses pelviennes, leur sensibilité, leur fixité en tenant compte des signes généraux que l'on pourra déterminer le moment propice à l'intervention. Une masse annexielle, devenue indolore, dont le volume a régressé et ne s'est pas modifié depuis trois ou quatre mois permet d'envisager l'indica-

tion opératoire. Au contraire, une masse volumineuse à contours diffus, sensible à la pression fera craindre un foyer en évolution, adhérent à l'intestin et qu'il ne faut pas ouvrir.

C.- Fistule intestinale abdominale coexistant avec une masse annexielle et une fistule intestinale :

C'est le cas le plus grave, qui paraît souvent désespéré, mais pas toujours si l'on sait attendre. Cette atteinte longue avec cures sanatoriales et traitements médicaux permet parfois d'obtenir la guérison ou d'aboutir à la stabilisation des lésions sur lesquelles l'intervention deviendra possible.

e
e e

O B S E R V A T I O N

28 Mars 1957

Madame V..., institutrice, 29 ans 1/2, est venue consulter pour stérilité involontaire depuis un an et troubles des règles.

Mari bien portant.

Son médecin traitant a senti une masse anormale dans le cul-de-sac vaginal gauche.

- Réglée à 12 ans
- Règles :
 - un peu douloureuses
 - pendant trois jours
 - rythme : 28 jours
 - 3 garnitures le 2ème jour
- Rapports à 22 ans
- Signale quelques pertes blanches vers 23 ans, non traitées

Depuis un an désire avoir un enfant; c'est à ce moment que commencent les troubles des règles, avance ou retard.

Antécédents personnels

- en 1954, un épisode grippal avec fièvre et à la graphie un "voile de la partie supérieure du poumon droit"
- à l'âge de 6 ans, une "fièvre typhoïde" avec comme séquelles, des épisodes de diarrhée et de constipation.

Antécédents familiaux :

Pas d'antécédents tuberculeux connus.

4 Avril 1957

Depuis Janvier, des pertes rosées 10 jours après les règles.

Dernières règles le 7 mars

Petites pertes rouges, traînantes, noirâtres, tout le mois.

EXAMEN

Utérus :

- médian
- de volume normal

Cul-de-sac droit :

- l'annexe est perçue
- elle n'est pas spécialement volumineuse
- elle n'est pas douloureuse

Cul-de-sac gauche

Rien

A l'orifice du col, un polype muqueux que l'on enlève très facilement.

Histo-diagnostic (Pr. DELARUE) 6.4.57

Polype du col utérin

Ce petit bourgeon réalise la structure histologique typique d'un polyadénome (polype muqueux) du canal cervical. La surface en est un peu vallonnée. Des glandes à bordure épithéliale régulière en occupent le centre. La charpente conjonctive comprend quelques fibres musculaires lisses et de nombreux vaisseaux.

Pas le moindre signe de tumeur maligne.

On pense faire une histéroscopie pour étudier la stérilité après les règles.

7 Avril

Dans l'après-midi apparaissent des douleurs abdominales diffuses accompagnées :

- de lancements dans la fosse iliaque gauche
- d'anorexie
- de nausées
- de vomissements bilieux

Début des règles.

18 Avril :

La malade a eu des règles traînantes du 7 au 14 avril qui reprennent le 16 Avril.

La malade se plaignant de coliques intestinales a consulté un médecin dont le diagnostic est hésitant.

EXAMEN

Utérus :

- antérieur
- attiré à gauche

Cul-de-sac gauche :

On trouve une masse tendue et douloureuse

Cul-de-sac droit :

inchangé

Le colon est très douloureux surtout dans sa moitié gauche

L'hypothèse d'un kyste de l'ovaire ou d'une grossesse extra-utérine étant envisagée, on conseille l'hospitalisation.

Entrée le 18 Avril dans le Service de chirurgie du Dr. DULAC, à l'Hôpital de Saint-Cloud.

On demande un diagnostic biologique de grossesse qui revient négatif.

19 Avril

Numération :

- Hémoglobine : 72 %
- G.R. : 3.500.000
- G.B. : 6.550

Formule

- Neutrophiles	: 72 %
- Eosinophiles	: 0 %
- Basophiles	: 0 %
- Monocytes	: 8 %
- Petits lymphocytes	: 16 %
- Grands lymphocytes	: 4 %

25 Avril

Au toucher on sent dans le Douglas et le cul-de-sac gauche une masse assez dure, douloureuse, bien délimitée, ayant la forme d'un croissant. On pense à une grossesse extra-utérine (Nématosalpinx en voie de fissuration)

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

La paratomie médiane sous-ombilicale

Exploration du petit bassin

Le cul-de-sac de Douglas est comblé, une anse grêle (iléale terminale) plonge en V au contact d'une masse de la grosseur d'une orange. On la dégage tout doucement et l'on s'aperçoit qu'elle porte une perforation de la dimension d'une pièce de 2frs. environ, à bord très épais.

On dégage une première masse de la grosseur d'une orange qui est la portion ampullaire de la trompe gauche, prelatée dans le Douglas et le cul-de-sac gauche et l'on s'aperçoit que par l'ostium abdominalé sort une matière que l'on prend pour du placenta et l'on pense que c'est probablement une greffe placentaire sur l'intestin grêle qui a envahi les parois intestinales et provoqué cette perforation.

I.- Cette perforation est d'ailleurs bordée par des lèvres très épaisses ; ce tissu est très friable mais on peut par trois surjets longitudinaux au fil de lin (1 total, 2 séro-séreux) obturer de façon satisfaisante la perforation.

II.- La trompe gauche étant bien dégagée on fait une salpingectomie en respectant l'ovaire gauche sur lequel on fait un surjet au catgut

fin pour reconstituer la face interne qui adhérait à la trompe. Macroscopiquement, il s'agirait d'une grosseur tubaire ampullaire.

III.- Il reste encore dans le cul-de-sac droit une masse qui était sous-jacente à la première et qui, lorsqu'elle est dégagée, montre qu'il s'agit de la trompe droite dont la portion ampullaire est de la grosseur d'un oeuf de poule.

L'ovaire droit paraît sain, mais est relié par une forte adhérence, de la grosseur d'un crayon, à la pointe de l'appendice (schéma II)

On dissèque la portion ampullaire de la trompe, d'où s'échappe une matière caséuse, analogue comme consistance au contenu d'un kyste sébacé et on pratique la section de la trompe au-dessous de cette masse.

Comme la malade désire avoir des enfants, on décide d'explorer la trompe. Le cathétérisme au stylet n'est pas possible mais du sérum pénicilliné envoyé par une petite sonde paraît passer.

On décide de faire une salpingoplastie et après avoir fendu longitudinalement sur 2cm. aux ciseaux, l'extrémité de la trompe, on reconstitue un pavillon par 12 points séparés au nylon.

Le résultat paraît favorable.

IV.- Appendicectomie d'un gros appendice enflammé, après section de la bride qui la maintenait à l'ovaire.

Fermeture de la paroi, sans drainage, au nylon.

Pièce envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique.

Suites opératoires

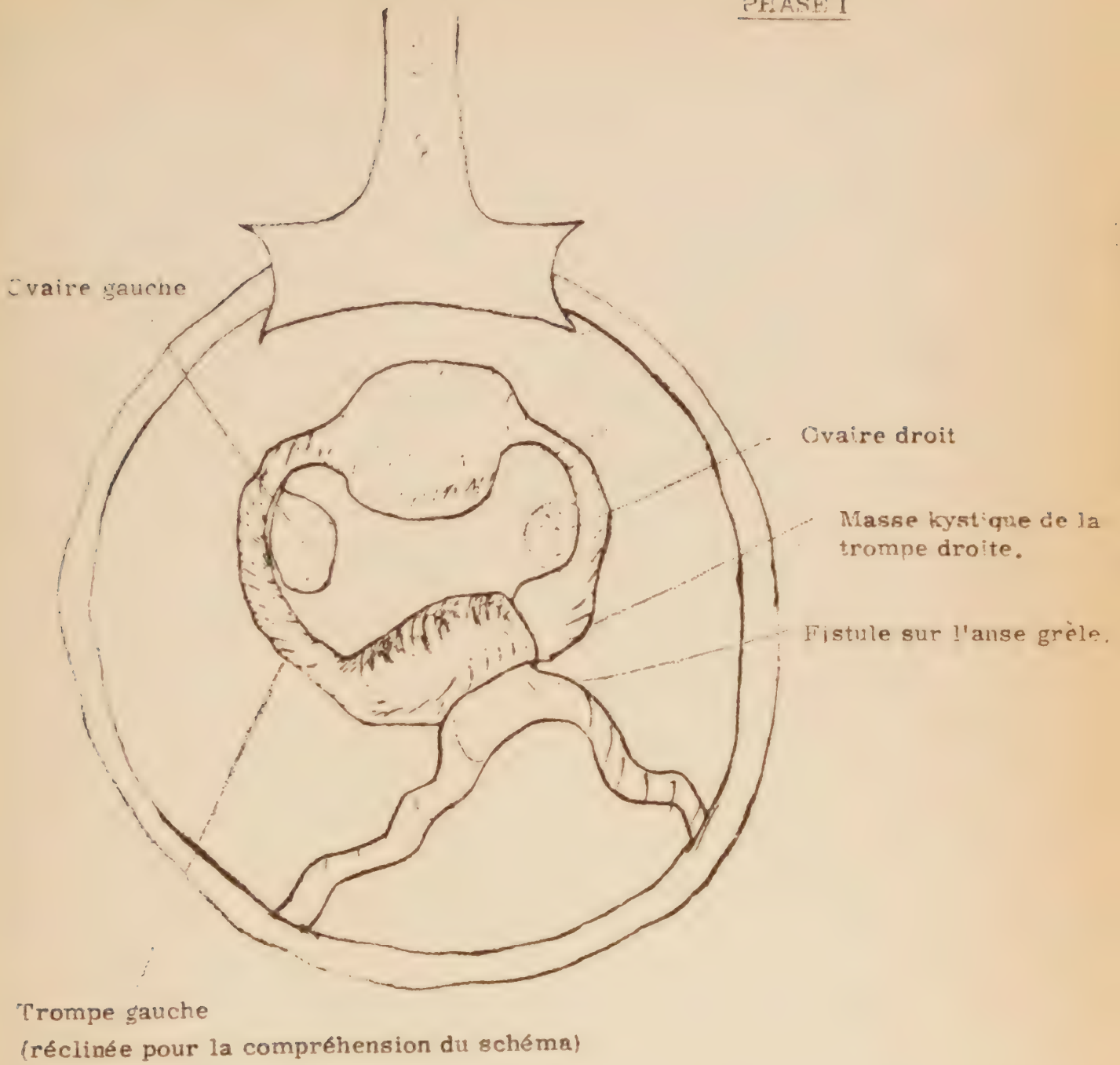
6 Mai

- Petites pertes
- Pas de fièvre

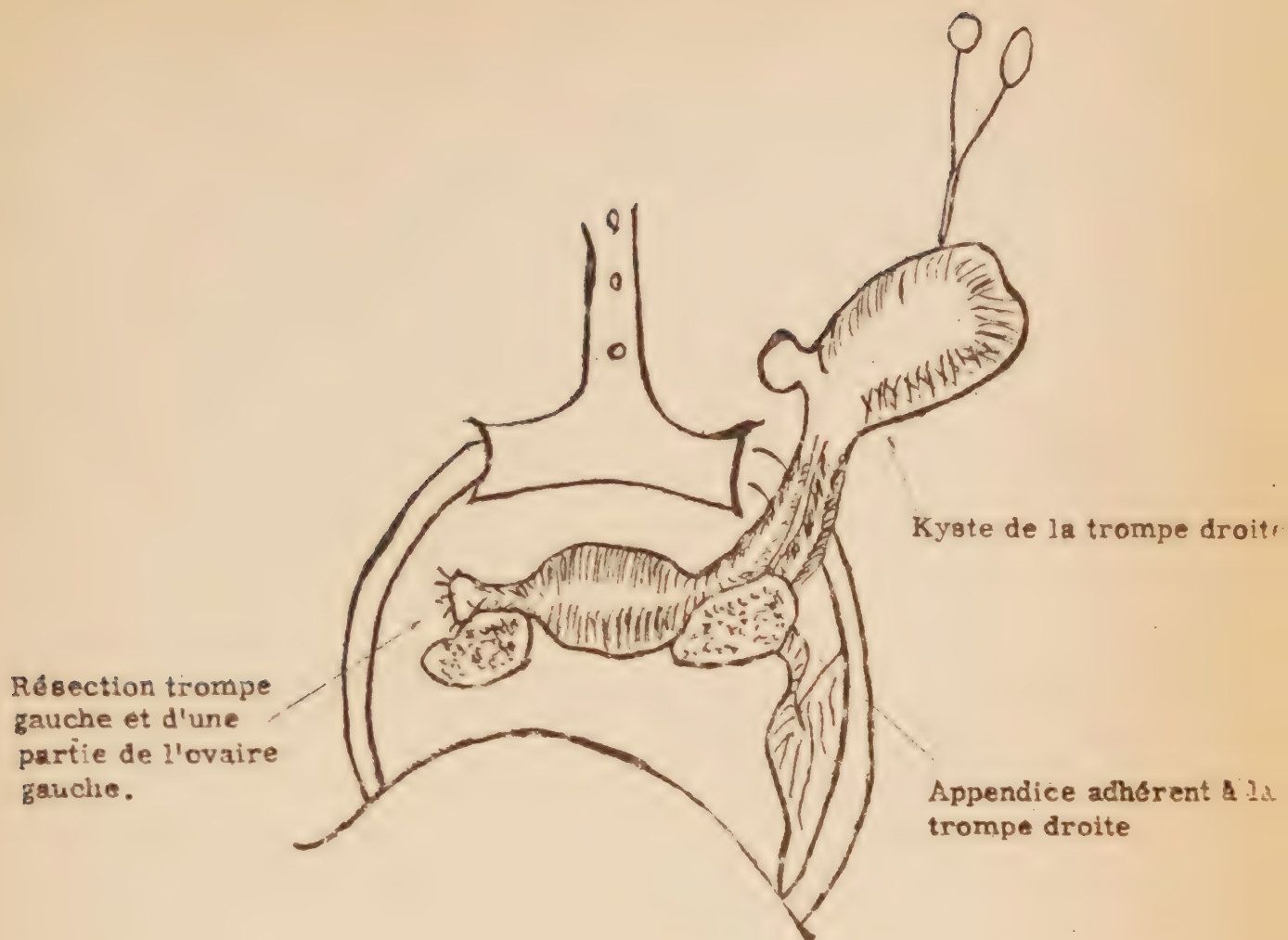
Instillation intra-utérine d'Hydrocortisone 2 cc

Tifomycine 25 mgr. dans 10 cc de sérum physiologique.

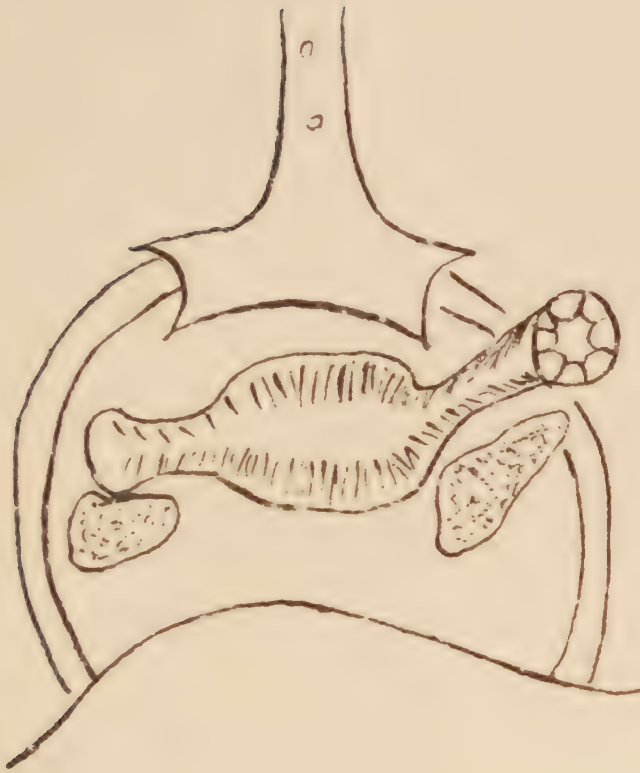
PHASE I



PHASE II



PHASE III



Salpingoplastie droite

Antibiotiques :

- Didromycine : 1gr. / jour
- Bipenicilline : 1.000.000 U / jour

7 Mai

Ne perd plus

COMPTE-RENDU ANATOMO - PATHOLOGIQUE (du 9 Mai 1957)

A.- Il s'agit d'une extrémité de trompe qui se présente histologiquement comme une cavité de caséum bordée d'un tissu granulomateux riche en cellules épithélioïdes et en plasmocytes ; nombreux tubes ciliés dans la nécrose caséuse en bordure avec quelques zones d'hémorragie ancienne.

Salpingite caséuse

B.- Les différents fragments examinés montrent une trompe très épaisse lardacée. Histologiquement, les villosités tubaires sont très hyperplasiques et leur axe renferme des follicules épithélioïdes typiques avec nécrose centrale.

La paroi est infiltrée d'éléments lymphocytaires et histiocytaires abondants, avec hyperplasie collagène. Pas de placenta.

Conclusion : Salpingite hypertrophique subaiguë tuberculeuse
caséo-folliculinique.

9 Mai 1957 : Aussitôt, l'on demande :

- Une radiographie pulmonaire
qui montre une image normale
- Une vitesse de sédimentation :
 - 1 heure : 55
 - 2 heures : 92
 - 24 heures : 125
- Un tubage gastrique
ne révèle pas de B.K.
- Un culot urinaire
 - rares cellules desquamées

- pas de germes visibles à l'examen direct
- culture stérile
- recherche de B.K. après homogénéisation : négative
- Une recherche de B.K. dans le sang des règles :
négative

17 Mai

- Vitesse de sédimentation :
 - 1 heure : 45
 - 2 heures : 70
 - 24 heures : 114

23 Mai

Le traitement local (instillation utéro-tubaire d'hydrocortisone et de tifomy~~ce~~ine) discuté, est interrompu.

A eu : Streptomycine : 6 grs.

Rimifon : 5 comprimés par jour

T.V. : petit utérus, non douloureux

Culs-de-sacs droit et gauche : R & S

Spéculum : col parfait

quelques pertes de desquamation vaginale, l'examen
au microscope ne montre rien.

V.S. : 1 heure : 20

2 heures : 60

24 heures : 102

27 Juin 1957

Séjour en maison de repos du 26 Mai au 23 Juin

A eu : Streptomycine : 10 grs.

D.R.

le 6 Juin

non douloureuses

Constipation

Poids : 53 kg. 300

Ex. : utérus antérieur normal

Cul-de-sac droit : annexe fixée à la partie postérieure, non douloureuse

" gauche : vide

V.S. 1 heure : 10

2 heures : 30

24 heures : 85

28 Juin 1957

Petite crise douloureuse abdominale

10 Septembre 1957

Poids : 55 kgs. 400 - A repris 2 kgs. en 2 mois

Règles régulières : Durée : 2 jours

Etat général : bon

Ex. : Utérus en position indifférente

Cul-de-sac droit : masse annexielle non sensible

" gauche : étroit

Col : normal

D.R. : 2 Septembre

Quelques pertes malodorantes

Rimifon à continuer jusqu'à fin Novembre

11 Septembre 1957

V.S. 1 heure : 3

2 heures : 10

24 heures : 50

7 Novembre 1957

Poids : 54 kgs. 900

Règles : le 28 Octobre - courtes (2jours)

Rimifon, interrompu depuis 15 jours, est repris

Ex. : Pertes

Utérus : antr.

Cul-de-sac droit : annexe perçue, petite

Cul-de-sac gauche : une masse est perçue

19 Décembre 1957

V.S. 1 heure : 7
 2 heures : 18
 24 heures : 80

28 Décembre 1957

Poids : 56 kgs. 900
Règles : Régulières 27 Novembre
 24 Décembre

A eu vers le début de Déc. (le 8), une crise douloureuse à gauche avec nausées le matin.

Ex. : Cul de sac gauche : douloureux

On arrête le Rimifon

13 Février 1958

Poids : 56 kgs. 600
Etat général : parfait
Intestin : bon fonctionnement, mais en a souffert jusqu'au 10 Janvier
Troubles prémenstruels +++

D.R. : 21 Janvier

Ex. Utérus : antérieur
 Cul de sac droit : annexe perçue, non douloureuse
 Cul de sac gauche : petite masse (noisette)

24 Avril 1958

D.R. : 16 Avril , très douloureuses à gauche
Etat général : Bon - Traitement interrompu
"S'est sentie très gonflée" pendant tout le mois de Mars

Ex. : T.V. Utérus : petit, en boule, placé à gauche
 Cul-de-sac droit : rien
 Cul-de-sac gauche : petite noisette

Hystérosalpingographie envisagée pour le mois d'Octobre.

13 Septembre 1958

En Août, les règles ont été normales mais elles sont habituellement très douloureuses.

16 Janvier 1959

Bon état général

V.S.	1 heure	:	5
	2 heures	:	15
	24 heures	:	85

17 Janvier 1959

Hystérosalpingographie

L'image apparue d'emblée reste pareille à elle-même au cours de toute l'injection :

Utérus petit, encoché à gauche, avec flou de la corne gauche correspondant à la salpingectomie antérieure. La corne droite s'injecte faiblement avec très petite dilatation terminale et un pinceautage qui ne diffuse pas . Pas de passage péritonéal sur le contrôle.

Reste à expliquer un semis fixe qui apparaît comme nettement péritonéal sur le dernier cliché, probablement semis de calcifications.

DISCUSSION

N'ayant point trouvé dans la littérature de cas semblable de fistule spontanée du grêle au cours des salpingites tuberculeuses, nous n'établirons pas de comparaison, les fistules habituellement décrites étant, soit des fistules rectales ou sigmoïdiennes spontanées, soit des fistules postopératoires plus fréquentes et variées, mais nous attirerons plus particulièrement l'attention sur :

I.- La latence

- a) de cette tuberculose génitale qui n'entraînait que des troubles peu importants des règles, avance ou retard et surtout une stérilité ;
aucun signe évolutif infectieux : ni fièvre
ni amaigrissement
pas de modifications de la vitesse de sédimentation
pas de modifications de la formule sanguine

mais par ailleurs quelle interprétation donner aux antécédents de la malade ? :

- à l'âge de 6 ans une "fièvre typhoïde" avec, comme séquelles, des épisodes de diarrhée et de constipation.
- à 26 ans, un épisode grippal avec fièvre et à la graphie un "voile de la partie supérieure du poumon droit"

Ne peut-on point penser à des localisations antérieures, plus ou moins latentes, elles aussi, du bacille de Koch ?

- b) de cette perforation, constituée à bas bruit, pour laquelle l'examen rétrospectif ne retrouve que :
 - le 7 avril : dans l'après midi, des douleurs abdominales diffuses accompagnées :
 - de lancements dans la fosse iliaque gauche
 - d'anorexie
 - de nausées
 - de vomissements bilieux

- le 18 avril : des douleurs abdominales sur le trajet du colon gauche.

2.- La taille des lésions

- a) La perforation du grêle était de la taille d'une pièce de 2 francs
- b) La trompe gauche était de la taille d'une orange, ce qui pourrait expliquer :

3.- Le siège de la fistule

Pourquoi cette anse grêle plongeant en V dans le Douglas pour venir au contact des lésions qui normalement de par leur poids étaient situées dans le fond du Douglas, et qui habituellement se fistulisent dans l'organe sous-jacent le rectum ?

On peut supposer que la trompe gauche, augmentant de volume de par sa lésion tuberculeuse, serait entrée en contact avec l'anse grêle termino-iléale des adhérences se seraient créées, le processus tuberculeux évoluant, aurait perforé (nécrose caséuse) l'anse grêle et le poids des lésions auraient entraîné leur glissement dans le Douglas.

C O N C L U S I O N S

La latence du syndrome et le peu de netteté du tableau clinique font souvent porter des diagnostics erronés.

L'important dans ces cas-là semble être de porter une indication opératoire.

Le diagnostic étiologique des lésions même après l'ouverture de l'abdomen est parfois fort difficile. Il en résulte que l'examen anatomo-pathologique s'impose pour préciser cette étiologie.

Dans le cas présent, l'anatomo-pathologie en nous affirmant le processus tuberculeux nous a expliqué le mécanisme et la nature de la fistulisation de l'intestin grêle qui à notre connaissance reste une lésion rarissime.

Il a été tenté une chirurgie conservatrice des ovaires d'une part ; d'autre part, du fragment de trompe restant par salpingographie et nous pouvons espérer que grâce au traitement récent (Streptomycine, Rimifon, Cortisone par voie générale et par voie locale), la dissémination des lésions sera stoppée et le recul du temps nous permettra d'apprécier le résultat fonctionnel.

Vu, le Président de thèse
Professeur FUNCK-BRENTANO

Vu, Le Doyen de la Faculté
Professeur L.BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J.SARRAILH

Vu, le Président de thèse
Professeur FUNCK-BRENTANO

Vu, Le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- Aimes et Caderas de Kerleau : Tuberculose génitale et stérilité
Rapport au XIIème Congrès Français de
Gynécologie - Montpellier, Mai 1948
- 2.- Amar : Contribution à l'étude des formes inap-
parentes de la tuberculose utéro-annexielle
Thèse Paris 1954
- 3.- Ameline : La Streptomycine dans les formes chirurgi-
cales de la tuberculose génitale.
Bull. Assoc. Gyn. et Obst. 2, 4
1950 - pp. 413 - 415
- 4.- Barns (T) Smith (H.G.M.) et Snaith (L.M.) : L'Isionazide dans le traitement
de la tuberculose génitale féminine.
Lancet 264 65-67 25.4.53 pp. 817-820
- 5.- Bedoya : Aspects cliniques de la tuberculose géni-
tale latente.
Acta gynéco. 4 2 1953 pp. 111-125
- 6.- Bédrine et Houlié : Tuberculose de l'endomètre cliniquement
latente.
Bull. assoc. gyn. et obst. 2 1 1950 p.81
- 7.- Bender : Pregnancy Following pelvic tuberculosis
J.of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.
61, 4, 1954 pp. 512-514
- 8.- Benhamou, Destaing, Pugliase, Chiche et Tunsitt : La micro-électrophorèse
sur papier dans la tuberculose
Commun. à l'Acad. de Médecine - Janvier 1955
- 9.- Bernabeig, Garipuy, Guilhem et Grimaud : Soc. d'obst. et de gyn.
Toulouse - 22 Mars 1935
- 10.- Blanchard (O.) et Galerato (O.) : Le traitement de la tuberculose génitale
féminine - Assoc. para-amino-salicylique
(local) et de la déhydrostreptomycine
Semana médica, 102, 3091 9.4.53 - 481-486

- 11.- Borrow, Blinich et Soichet : Tuberculose pelvienne et grossesse
J. obst. gyn. 66, 6, déc. 1953
- 12.- Bret : Le diagnostic radiologique de la tuberculose
génitale de la femme.
Presse médicale 1955 p. 1336
- 13.- Bret et Boujnah : La réaction de Middlebrook-Dubos en Gynéco.
Revue Franç. de Gyn. 5, 6, 1955 - pp.181-187
- 14.- Bret, Legros et Duperrat : Tuberculose utéro-annexielle
Masson et Cie 1956
- 15.- Dalsace : La tuberculose génitale inapparente
Gaz. méd. de France 62 13 p. 1071
- 16.- Delarue, Paillas, Gouvrou, Bocquet, Bouhey et Chomette :
Etude anatomique des lésions tuberculeuses
traitées par les antibiotiques
Rev. de la tub. 18, 6 1954 pp. 481-508
- 17.- Denel (H.) et Denel-Zogg (H.) Le diagnostic radiologique de la salpingite
tuberculeuse.
- 18.- Dubuis : Etiologie et diagnostic des nidations ecto-
piques - Rapport au XIVème Congrès de l'Assoc.
gyn. et obst. de langue française.
2, 2bis, 1950 pp. 104 - 127
- 19.- Ekengreen (K.) : Radiologie des tuberculoses utéro-tubaires.
Colloques sur la fonction tubaire (Masson)
Edit. Juillet 1955 - pp. 287 - 293
- 20.- Ezes : Tuberculose tubaire isolée et méconnue ;
soupçonnée par la radiographie et confirmée
par l'examen histologique.
Bull. assoc. gyn. et obst. 2,1 1950 pp.64-66
- 21.- Funck-Brentano : Les épithéliomas tubaires primitifs
Sté Royale Belge de Gyn. et Obst. 1er Mars 52
- 22.- Gaultier : Sur quelques aspects radiologiques d'anoma-
lies tubaires.
Thèse Paris 1955

- 23.- Geisendorff : Grossesse ectopique dans une trompe tuberculeuse.
Bull. Ass. gyn. et Obst. 2,4 1950 p.388-390
- 24.- Gilloux : L'annexite tuberculeuse - Notions actuelles
Diagnostic et traitement - Thèse Paris 6-52
- 25.- Ghnassia : Traitement de la tuberculose utéro-annexielle
avec stérilité - Un cas de grossesse
Thèse Alger 1955
- 26.- Grangeon, Vassy et Bommelaer : Tuberculose des trompes de Falloppes, diagnostiquée par salpingographie
Bull. Ass. Gyn. et Obst. 1,4 1949 pp.355-357
- 27.- Halbrecht : La tuberculose latente chez la femme
Gynecologia 136, 6, Déc. 1953
- 28.- Huighebaert : Grossesse tubaire combinée à une salpingite tuberculeuse.
Bull. Féd. Soc. gyn. et Obst. 6,5,1954 -591-595
- 29.- Lapeyre, Campo et Carabazona : Tuberculose annexielle, fistules génitales tuberculeuses et Streptomycine
Bull. gyn et obst. 2,1, 1950 pp. 94-95
- 30.- Latche : Tuberculose annexielle à forme d'abcès froid tubaire
Bull. Féd. Soc. gyn et Obst. 3,2-1951 p.324
- 31.- Morin (P.) : Tuberculose génitale de la femme
Encyclopédie médico-chirurgicale
- 32.- Morin (P.) : Tuberculose genitale latente de la femme
Revue du Praticien Nov. 1956
- 33.- Netter : Gynécologie
Flammarion, Editeur
- 34.- Netter, Lambert, James et Corins : Traitement médical de la stérilité tubaire. Colloques sur la fonction tubaire.
Masson éditeur - Juillet 1955 pp. 345-354

- 35.- Palmer : Indications et résultats de la coelioscopie dans la stérilité tubaire.- Colloques sur la fonction tubaire.
Masson édit. Juillet 1955 pp. 204 - 207
- 36.- Rougement (J.dd) et Sédailan : Un cas de tuberculose annexielle, traité par la Streptomycine.
Lyon chirurgical 44, 4, Juil. Août 49 pp.490-492
- 37.- Schneider : Action de la Streptomycine sur les tuberculoses annexielles. Thèse Paris 1950
- 38.- Scharman A. : La tuberculose génitale latente et ses rapports avec l'infertilité - Colloques sur la fonction tubaire.
Masson édit. Juillet 1955 pp. 278 - 286
- 39.- Thom : Tuberculose génitale de la femme, résultats d'autopsie des 30 dernières années
Geburt. und Frauen 12, 7 Juillet 1952
- 40.- Villard (E.) : Tuberculose génitale latente chez la femme
Lyon chir. 40, 6 Nov.Déc.1945 pp. 740-741
- 41.- Wood : Notions actuelles sur la tuberculose utéro-annexielle.
Conf. au Congrès International Jubilaire de la Société Française de Gynécologie - 1951



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODéon 58-90